

**Formulario de consentimiento para la vacuna contra la Influenza H1N1 2009(Escuelas)**  
**Sección 1: Información sobre el niño/a que va a recibir la vacuna (Favor de escribir en letra de imprenta)**

**CHILD-SCHOOL**

**Panhandle Health District**

8500 N. Atlas Road, Hayden, ID 83835  
 208-415-5180

Nombre del Estudiante (Apellido)	Primer nombre	Fecha de nacimiento del paciente: Més ___ día ___ año ___	
Nombre del padre/tutor legal (Apellido)	Primer nombre	Edad del paciente	Género M / F
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Numero de telefono diurno del paciente/padre	
Nombre de la escuela	Grado	Maestro/a y salón	

**Sección 2: Averiguación para Elegibilidad de Vacuna (Niños de 9 años y menores requieren dos dosis de la vacuna.)**

Si su hijo/a ha sido vacunado contra la gripe H1N1 2009, por favor deje saber la cantidad de dosis y fechas de la vacunación.

Q Dosis 1 Fecha recibida: més \_\_\_ día \_\_\_ año \_\_\_ Tipo(favor de marcar): rociador nasal inyección  
 Q Dosis 2 Fecha recibida: més \_\_\_ día \_\_\_ año \_\_\_ Tipo(favor de marcar): rociador nasal inyección

**Las siguientes preguntas nos ayudaran a saber si su hijo/a puede obtener la vacuna contra la Influenza H1N1 2009. Favor de marcar SI o NO para cada pregunta. A.Si responde "NO" a las siguientes 4 preguntas su hijo/a probablemente obtendra la vacuna contra la Influenza. Si responde "SI" a una o mas de las siguientes 4 preguntas, su hijo/a no obtendra la vacuna contra la gripe H1N1 2009 en su escuela, pero favor de contactar al doctor de su hijo/a para hablar sobre sus opciones.**

	SI	NO
1. Tiene su hijo/a alergia severa a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es su hijo/a alergico a cualquiera de los siguientes: gelatina, Gentamicina, Polimixina, Neomicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha tenido su hijo/a una reacción grave a una dosis previa de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido su hijo/a alguna vez el síndrome de Guillain-Barre (un tipo grave de debilidad muscular de caracter temporal) dentro de 6 semanas despues de haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Hay dos tipos de vacunas en contra de la Influenza H1N1 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudaran a saber cual de los dos tipos de vacuna puede su hijo/a recibir.**

	SI	NO
1. Ha sido vacunado su hijo/a con cualquier vacuna (no solamente la gripe) en los ultimos 30 dias? Vacuna: _____ Fecha Recibida: mes ___ día ___ año ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiene su hijo/a cualquiera de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabolica), o enfermedad de los pulmones, el corazon, los riñones, el higado, los nervios o de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Está su hijo/a bajo aspirina a largo plazo o en terapia que contenga aspirina (por ejemplo, toma su hijo/a aspirina todos los dias)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiene su hijo/a un sistema inmune debil (por ejemplo, del VIH, cáncer, o medicamentos como los esteroides o los utilizados para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Está su hija embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene su hijo/a contacto cercano con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 3: Consentimiento**

**Consentimiento para la vacunación del niño/a:**

He leído o se me ha explicado el estado de información adjunta de la vacuna 2009-2010 (Vaccine Information Statement) de la vacuna contra la gripe H1N1 2009 y comprendo los riesgos y beneficios.

Doy consentimiento a Panhandle Health District y su personal para que mi hijo/a cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna que marque a continuación:

Nasal o Inyección     Nasal Solamente     Inyección Solamente     Solamente en mi presencia

Este consentimiento incluye dosis 1 y dosis 2 **SI** es necesario  
 (Si este formulario de consentimiento no es firmado, fechado y devuelto, su hijo/a no sera vacunado en la escuela)

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha: mes \_\_\_ día \_\_\_ año \_\_\_

**Sección 4: Permiso para Revelar Información**

Doy permiso para **inscribir** a mi hijo/a y para **transferir** los registros de vacuna a **Idaho Immunization Reminder System (IRIS)** para asegurar que este registro de vacunas esté disponible para mi, los proveedores de cuidado de salud de mi hijo/a, los proveedores de cuidado del niño/a y las escuelas. Entiendo que se me puede pedir información que ayudará a asegurar que los registros de mi hijo/a son exactos y que no serán confundidos con los de otra persona, tales como: apellido de soltera de la madre, el género, y la elegibilidad del niño/a para recibir vacunas gratis.

Autorizo la inclusión de toda la información a IRIS y la nueva revelación de esta información de IRIS para los usuarios autorizados.  
 (Su hijo/a aun puede recibir la vacuna si usted no autoriza la revelación de información a IRIS.)

Fecha : mes \_\_\_ día \_\_\_ año \_\_\_

Firma de Padre/Tutor Legal (Relación con el niño)

**Sección 5: Registro de Vacunación**

**PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE**

Vacuna	Fecha de dosis administrada	Ruta	Dosis (1 o 2)	Fabricante de la vacuna	Número de lote	Nombre y título del administrador de vacuna
<b>2009 H1N1</b>		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal		Sanofi GSK Novartis MedImmune CSL		
<b>2009 H1N1</b>		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal		Sanofi GSK Novartis MedImmune CSL		

